

Optic'Jeune

Santé de la reproduction et VIH/SIDA

Soins maternels chez l'adolescente

Les jeunes filles enceintes ont besoin de bonnes prestations de santé pour prévenir séquelles et décès.



Une meilleure utilisation des services de santé par les adolescentes pourrait réduire le nombre des séquelles et des décès maternels. Dans les pays en développement, cette morbidité et cette mortalité représentent un problème majeur pour les autorités sanitaires. Si l'on compare les taux de décès pour 100.000 naissances vivantes, le risque de mourir en couches ou en post-partum est 22 fois plus élevé dans ces pays que dans ceux du monde industriel.¹

Les adolescentes de 15 à 19 ans ont deux fois plus de chances que les femmes de 20 à 29 ans de mourir durant un accouchement ; chez les filles de moins de 15 ans, le risque est multiplié par cinq.² Or, en Afrique subsaharienne, plus de la moitié des mères ont leur premier enfant avant l'âge de 20 ans et en Amérique latine et aux Caraïbes, cette proportion est d'un tiers.³ Pour chaque décès maternel, on compte aussi une trentaine de cas de complications, qu'il s'agisse par exemple de déchirures vaginales, de fistules ou d'hémorragies.⁴

L'importance critique des soins obstétricaux de qualité

Le plus souvent, on peut prévenir ou traiter les causes directes des décès maternels (hémorragie, travail dystocique, infection, affection hypertensive ou complication d'un avortement à haut risque). Pour cela, il faut intervenir en temps voulu et dispenser les soins nécessaires grâce à un personnel capable d'accompagner l'accouchement et de faire face aux urgences obstétricales.⁵ La présence d'un prestataire qualifié est très importante lors d'une première naissance. L'absence d'antécédents obstétricaux, le risque

particulier de complications chez les femmes nullipares et la lenteur de ces dernières à reconnaître les signes de danger rendent cette présence indispensable. En cas de dystocie, d'hypertension induite par la grossesse, d'éclampsie, d'hémorragie ou de complication d'un avortement, il faut pouvoir administrer à la femme des soins d'urgence.

Chez les adolescentes, et notamment chez les sujets très jeunes, la croissance des os du bassin n'est pas achevée. L'étroitesse de la filière pelvi-génitale augmente le risque de complications lors d'un accouchement par voie basse et peut ainsi ralentir le travail ou même l'entraver complètement (dystocie). Il faut donc que ces patientes puissent recevoir des soins de qualité dans une structure capable de déclencher une dilatation cervicale et de pratiquer une césarienne ou un accouchement par voie naturelle avec forceps ou ventouse. Les accouchements difficiles avec travail prolongé ou obstruction comptent parmi les complications les plus graves ; ils peuvent entraîner la mort ou des séquelles de long terme comme les fistules obstétricales.⁶

Les soins apportés lors de l'accouchement et durant la première phase du post-partum réduisent considérablement les taux de mortalité maternelle. Comme le risque d'un travail difficile est supérieur chez les adolescentes, elles sont sans doute plus exposées aux infections postnatales.⁷ Dans les pays en développement, plus d'un quart des décès maternels surviennent pendant l'accouchement ou durant le premier jour du post-partum.⁸ Environ la moitié des décès se produisent au cours de la semaine suivante, la plupart



Chez les adolescentes, et notamment chez les sujets très jeunes, la croissance des os du bassin n'est pas achevée. L'étroitesse de la filière pelvi-génitale augmente le risque de complications lors d'un accouchement par voie basse et peut ainsi ralentir le travail ou même l'entraver complètement.

du temps à la suite d'une hémorragie. Une prise en charge pendant cette période critique de quelques jours permet de surveiller l'état de la patiente, de la soutenir moralement, de la traiter en cas de problème et de l'aider à développer ses qualités maternelles.

Autres prestations essentielles durant la grossesse

Le suivi prénatal permet de dépister, de traiter ou de prévenir des affections pouvant conduire à des séquelles ou au décès de la mère.⁹ C'est le cas des hypertensions liées à la grossesse. Elles constituent un des risques majeurs de santé pour les adolescentes ayant leur premier enfant et peuvent évoluer d'une forme peu dangereuse à un état grave comme une pré-éclampsie ou une éclampsie. Une éclampsie non traitée se traduit par des convulsions et peut provoquer une hémorragie cérébrale fatale chez la mère ainsi qu'une insuffisance cardiaque, rénale et hépatique.

Durant ce suivi prénatal des adolescentes, on peut aussi prévenir, détecter ou traiter leurs carences en fer et leurs anémies. Il existe un lien entre anémies graves et mortalité maternelle.¹⁰ Dans le monde en développement, la plupart des anémies résultent d'un régime alimentaire pauvre en fer, mais le paludisme et d'autres infections parasitaires sont également des causes connues. La carence en fer peut être plus marquée chez l'adolescente, car cet âge est celui de la croissance et de l'apparition des cycles menstruels. Une grossesse ne fait qu'accroître ses besoins en fer, en acide folique et en autres micro-nutriments.

Lors d'une première grossesse, le risque d'infection paludéenne est augmenté.¹¹ Il faut donc que les adolescentes enceintes soient protégées par des mesures préventives comme une chimioprophylaxie ou l'installation d'une moustiquaire sur leur lit. En cas d'infection, leur état doit être diagnostiqué et traité rapidement.

Les avortements spontanés surviennent plus fréquemment chez la jeune fille que chez la femme adulte.¹² Les adolescentes subissent aussi plus souvent des avortement provoqués à haut risque. Et comme elles ont tendance à trop tarder avant de prendre leur

décision, elles s'exposent bien plus aux complications d'une telle intervention. Les soins du post-abortum permettent cependant de traiter de telles complications et de fournir aux jeunes filles un moyen contraceptif pour éviter les avortements répétés. En rendant les services de planification familiale accessibles à chaque adolescente, on peut réduire le nombre des grossesses non désirées entraînant décès maternels, séquelles et avortements dangereux.

Les soins prénatals permettent aux adolescentes de découvrir le système de santé. Une méta-analyse d'études portant sur les complications obstétricales et sur leurs effets négatifs dans cette population a montré que les jeunes filles bénéficiant d'une prise en charge prénatale sont plus susceptibles de s'adresser ultérieurement à des services médicaux.¹³ Cependant, bien des facteurs interdisant aux adolescentes de recevoir des soins durant leur grossesse les empêchent également de solliciter les prestations utiles lorsqu'elles accouchent ou pendant leur post-partum.

Fréquentation des services de santé maternelle par les adolescentes

Dans plusieurs pays, on sait que les adolescentes fréquentent moins les prestataires compétents que les femmes plus âgées. Cette différence pourrait expliquer en partie leur risque accru de décès maternel.

Une récente Etude démographique et de santé (EDS) réalisée dans 15 pays en développement a permis d'analyser les données relatives à quelque 100.000 naissances. Les mères avaient toutes moins de 30 ans. Au Bangladesh, au Brésil, au Cambodge, en Inde, en Indonésie, au Népal ainsi qu'au Pérou, les chercheurs ont noté d'importants écarts quant à la fréquentation des services capables de délivrer des soins prénatals et maternels de qualité pour les adolescentes de moins de 17 ans et les femmes de 19 à 23 ans. Une analyse multidimensionnelle, corrigée pour tenir compte de facteurs comme le niveau d'instruction, la parité, le lieu de résidence, le statut marital, la richesse ou l'appartenance ethnique, a révélé que la fréquentation de tels services par les moins de 19 ans n'était nettement moindre que dans quatre pays, à savoir le Bangladesh, le Brésil, l'Inde et l'Indonésie.¹⁴ (La taille

des échantillons a obligé les analystes à regrouper l'ensemble des sujets de moins de 19 ans.)

Des études antérieures ont produit de comparables résultats. Plusieurs analyses bidimensionnelles effectuées à partir des données d'EDS datant de 1985 à 1990 ont aussi montré que, dans 18 pays sur 26, les filles de moins de 18 ans ne cherchaient pas autant que les femmes plus âgées (18-34 ans) à bénéficier de soins prénatals. Dans 16 pays sur 28, ces adolescentes avaient aussi moins tendance à faire appel à un prestataire qualifié pour leur accouchement.¹⁵ Une analyse plus ancienne de données EDS a révélé que, dans quatre des sept pays étudiés, les mères âgées de moins de 20 ans fréquentaient moins souvent les services de santé maternelle et infantile que celles âgées de 20 à 29 ans.¹⁶

De multiples paramètres jouent sur la fréquentation des services de santé maternelle. Au nombre des facteurs bien connus empêchant les femmes d'accéder aux soins indispensables, on peut citer la lenteur à reconnaître les symptômes des complications, les hésitations des patientes devant la nécessité de consulter un prestataire, l'éloignement de services de santé compétents ou encore la qualité des prestations délivrées. Il est possible que ces facteurs aient plus d'impact chez les adolescentes. Dans certaines régions, comme dans les zones rurales du Bangladesh, les belles-mères restreignent l'accès aux services de santé des femmes ayant leur premier enfant. Elles attendent souvent d'une adolescente qu'elle mette au monde son enfant à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. La jeune fille n'a alors aucun pouvoir ou trop peu d'influence pour infléchir cette volonté. La situation des adolescentes non mariées est parfois encore plus difficile, comme l'a montré une étude conduite au Nigeria : en milieu rural, les jeunes filles enceintes bénéficient moins des prestations prénatales quand elles sont célibataires.¹⁷

Quand une adolescente s'adresse aux services de santé maternelle, ces derniers ne répondent pas toujours à ses attentes. Les jeunes filles redoutent notamment les attitudes négatives et moralisatrices des prestataires ainsi qu'une atteinte à leur vie privée. Certains programmes de santé de la reproduction

ont commencé à corriger les biais sociaux et culturels dont souffrent les jeunes dans leurs centres cliniques. Ils s'intéressent ainsi aux attitudes de leurs personnels, aux pratiques en vigueur et aux problèmes logistiques. L'examen de quelques programmes de soins prénatals et postnatals tenant compte des besoins des adolescentes a ainsi suggéré de possibles améliorations dans les domaines des prestations prénatales, de l'allaitement maternel et de la nutrition.¹⁸ Les leçons tirées du champ de la santé de la reproduction montrent qu'un soutien communautaire en faveur de services orientés vers les adolescents a un impact fondamental sur l'augmentation de leur fréquentation.¹⁹

PRIORITÉS D'ACTION CONSEILLÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL DE L'OMS

Dans le cadre de la lutte mondiale contre la mortalité maternelle, les adolescentes constituent, aux yeux des défenseurs des droits de la femme, un groupe méritant une attention particulière. En 2002, la Session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants a déclaré hautement prioritaire la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales chez les jeunes mères et leurs bébés.

En août 2003, le Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a réuni un groupe de travail composé d'une quarantaine d'experts internationaux. Son objectif était de dégager un consensus sur certaines questions primordiales, sur les pratiques optimales, sur les besoins en recherche et sur les actions à entreprendre en conformité aux Objectifs de développement de l'ONU pour le Millénaire visant à combattre morbidité et mortalité maternelles chez les adolescentes. Ces experts ont recommandé les axes prioritaires suivants :

- Rendre les activités visant une maternité sans risque plus réceptifs et plus accessibles aux adolescentes enceintes, qu'il s'agisse de planification familiale, de suivi de la grossesse, de soins obstétricaux d'urgence, de prise en charge du nouveau-né ou d'avortement volontaire (si les lois existantes l'autorisent)
- Informer les adolescentes sur leurs droits et sur leurs possibilités tout en leur donnant une éducation sexuelle
- Fournir une aide sociale aux adolescentes enceintes, surtout aux sujets les plus jeunes
- Défendre les droits des adolescentes et, éventuellement, soutenir l'instauration de politiques et le lancement d'initiatives favorisant :
 - un maintien ou un retour des jeunes filles enceintes dans leur établissement d'enseignement pour qu'elles puissent y terminer leur scolarité
 - une éducation sexuelle permettant d'éviter de nouvelles grossesses non désirées
 - un accès aux informations et aux services orientés vers les adolescentes et capables de s'adapter au degré de maturité de leurs jeunes clientes
 - une aide financière pour les adolescentes enceintes et surtout pour les plus jeunes

L'OMS prépare actuellement un dossier pour mieux mobiliser et guider les programmes dans cet effort. Pour plus d'information, veuillez contacter Madame Adepeju Olukoya, Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :

YouthNet

2101 Wilson Boulevard
Suite 700
Arlington, VA 22201
Etats-Unis

téléphone
(703) 516-9779

fax
(703) 516-9781

courriel
youthnet@fhi.org

site Web
www.fhi.org/youthnet



**Deloitte
Touche
Tohmatsu**



Des recherches supplémentaires sur ce sujet s'imposent afin d'identifier et d'évaluer les approches utiles aux programmes pour améliorer la fréquentation des services de santé maternelle par les adolescentes enceintes et pour réduire les risques liés à leur grossesse. Dans le cadre de ces études et malgré de possibles difficultés méthodologiques (taille des échantillons, etc.), on pourra songer à distinguer différentes catégories d'âge parmi les adolescentes. Les programmes seront alors ensuite préparés à répondre aux divers besoins de cette population.

Le nombre croissant des infections par le VIH chez les jeunes va compliquer encore l'identification de programmes efficaces de prise en charge des adolescentes enceintes. Dans les contextes à forte prévalence, il faudra ajouter aux soins prénatals déjà existants des tests de dépistage du VIH et des traitements antirétroviraux ainsi que faciliter l'accès aux moyens contraceptifs pour éviter de futures grossesses non planifiées. Les résultats des chercheurs peuvent guider les efforts d'augmentation de la fréquentation des centres de santé maternelle par les adolescentes dans l'espoir de réduire séquelles et décès maternels.

—Heidi Reynolds et Kerry Wright en collaboration avec Adepeju Olukoya et Dina Neelofur-Khan

REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Geneva: WHO, 2003.
2. Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). *Le progrès des nations 2000*. New York, NY: UNICEF, 2000. Accessible: http://www.unicef.org/french/publications/index_5628.html.
3. Alan Guttmacher Institute (AGI). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York, NY: AGI, 1998.
4. Chaque jour, 1 400 femmes et filles meurent de complications liées à la grossesse (communiqué de presse). New York, NY: UNICEF, March 7, 2003.

5. Koblinsky M, Conroy C, Kureshy N, et al. *Issues in Programming for Safe Motherhood*. Arlington, VA: MotherCare/John Snow, Inc., 2000.
6. Bacci A, Manhica GM, Machungo F, et al. Outcome of teenage pregnancy in Maputo, Mozambique. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;40(1):19-23.
7. Zabin LS, Kiragu K. The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann* 1998;29(2):210-32.
8. Koblinsky.
9. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15(1 Suppl):1-42.
10. Stoltzfus RJ. Iron-deficiency anemia: reexamining the nature and magnitude of the public health problem. Summary: implications for research and programs. *J Nutr* 2001;131(2S-2):697S-701S.
11. Steketee RW, Wirima JJ, Slutsker L, et al. 1996. The problem of malaria and malaria control in pregnancy in sub-Saharan Africa. *Am J Trop Med Hyg* 1996;55(1 Suppl):2-7.
12. Focus on Young Adults. *Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade. End of Program Report*. Washington, DC: Pathfinder International, 2001.
13. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy. *J Adol Health* 1994;15:444-56.
14. Accessible : HW, Wong E, Harcum C, et al. Adolescents' use of maternal and child health services in developing countries, poster. *Population Association of America 2003 Annual Meeting*, Minneapolis, MN, May 1-3, 2003.
15. Govindasamy P, Stewart MK, Rutstein SO, et al. *High-Risk Births and Maternity Care*. Columbia, MD: Macro International, Inc., 1993.
16. Rutstein SO, Sommerfelt AE, Schoemaker J. Who uses maternal and child health services? Evidence from the demographic and health surveys. In *Child Survival Programs: Issues for the 1990s*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Institute for International Programs, 1990.
17. Okonofua FE, Feyisetan BJ, Davies-Adetugbo A, et al. Influence of socioeconomic factors on the treatment and prevention of malaria in pregnant and non-pregnant adolescent girls in Nigeria. *J Trop Med Hyg* 1992;95(5):309-15.
18. Senderowitz J. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 1999. Accessible : http://www.dec.org/pdf_docs/PNACK127.pdf.
19. Mmari KN, Magnani RJ. Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia. *J Adol Health* 2003;33(4):259-70.

Heidi Reynolds est attachée supérieure de recherche chez FHI/YouthNet. Kerry Wright est rédactrice chez FHI. Adepeju Olukoya, microbiologiste au sein de l'OMS (Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent) et le docteur Neelofur-Khan, consultante auprès de l'OMS, ont rédigé le rapport préparatoire à la réunion du groupe technique de l'OMS tenant lieu en août 2003. Ce document (non publié) s'intitule « Adolescent Pregnancy: Unmet Needs and Undone Deeds — A Review of Literature and Programmes ».

Optic'Jeune est une initiative de YouthNet, un programme de cinq ans financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dont l'objectif est d'améliorer la santé de la reproduction et la prévention du VIH chez les jeunes. Le programme est dirigé par Family Health International (FHI) dans le cadre d'un partenariat avec CARE USA, la société Deloitte Touche Tohmatsu Emerging Markets, le Margaret Sanger Center International et RTI International.